

บทที่ 2 ภาระโรค ปัจจัยเสี่ยงคนไทย พ.ศ. 2542 และ 2547

2.1 เกริ่นนำ

องค์การอนามัยโลกได้มีการพัฒนาการศึกษาภาระโรคของประชากรโลกในปี พ.ศ. 2533 และ 2543^[5,6] และได้มีการพัฒนาดัชนีวัดสุขภาพแบบองค์รวม คือ การพิจารณาความสูญเสียที่เกิดจากการตายก่อนวัยอันควร (Years of Life Lost-YLLs) และความสูญเสียที่เกิดจากการเจ็บป่วยหรือความพิการ (Years Lost due to Disability - YLDs) โดยดัชนีที่ได้รับการพัฒนานี้เรียกว่า “ปีสุขภาวะที่สูญเสียปรับด้วยความบกพร่องทางสุขภาพ” หรือ Disability-adjusted Life Years (DALYs) เพื่อเป็นเครื่องมือในการชี้วัดภาระโรคของภูมิภาคและประเทศต่างๆ ทั่วโลก

จากพัฒนาการดังกล่าว นิยามของ “ภาระโรค” (Burden of Disease: BOD) จึงหมายถึง ความสูญเสียทางสุขภาพที่เกิดจากการเจ็บป่วยหรือพิการ และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การวัดภาระโรคโดยใช้ดัชนีชี้วัดสุขภาพแบบองค์รวมสามารถอธิบายขนาดปัญหาสุขภาพของประชากรในระดับประเทศ ระดับภูมิภาค และระดับโลกได้ ดังนั้น องค์การอนามัยโลกจึงได้ดำเนินการศึกษาและเปรียบเทียบภาระโรคของแต่ละภูมิภาค เพื่อเป็นฐานข้อมูลสำหรับการกำหนดนโยบาย ความเร่งด่วนและลำดับความสำคัญในการแก้ไขปัญหา และการกระจายทรัพยากรที่เหมาะสม เพื่อให้มีความสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของประชากรในระดับภูมิภาค อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาในระดับภูมิภาคยังขาดความชัดเจนและมีข้อมูลไม่เพียงพอต่อการนำมาใช้ในการกำหนดนโยบาย และการจัดสรรทรัพยากรในระดับประเทศ เนื่องจากข้อจำกัดของข้อมูล และความแตกต่างเชิงบริบทของระบบสุขภาพในแต่ละประเทศทำให้มีความจำเป็นที่แต่ละประเทศจะต้องดำเนินการศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ในประเทศตนเอง

ภาระโรคที่เป็นผลมาจากปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ หมายถึง การประมาณการภาระโรคที่เป็นผลจากการสัมผัสกับปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพต่างๆ อย่างเป็นระบบ โดยเปรียบเทียบระหว่างการสัมผัสกับปัจจัยเสี่ยงในปัจจุบันกับสถานการณ์สมมติที่มีความเสี่ยงน้อยที่สุดที่จะเกิดผลต่อสุขภาพซึ่งจะมีประโยชน์ในการนำข้อมูลปัจจัยเสี่ยงที่เป็นปัญหาไปกำหนดแนวทาง การควบคุมป้องกันโรคและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชากรกลุ่มเป้าหมายได้ และเพื่อให้สามารถเปรียบเทียบภาระโรคที่เป็นผลจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ กัน องค์การอนามัยโลกได้พัฒนาแนวทางการประเมินและเปรียบเทียบภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยง (Comparative risk assessment) โดยมีระเบียบวิธีการศึกษาที่มีมาตรฐานทำให้การเปรียบเทียบระหว่างตัวแปรทำได้ถูกต้อง โดยผลการศึกษาได้รับการบรรจุใน “รายงานสุขภาพโลกปี 2545” (World Health Report 2002)^[7] ซึ่งได้จำแนกการกระจายของปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มประเทศต่างๆ นอกจากนี้ “ภาระโรค” สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการสะท้อนถึงภาระทางสังคมที่ต้องแบกรับและความสูญเสียอันเนื่องจากการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วย เช่น

- การป่วยด้วยไข้หวัด 1 ราย กับ การป่วยด้วยโรคเบาหวาน 1 ราย มีภาระโรคที่ต่างกัน เพราะโรคเบาหวานต้องใช้เวลารักษายาวนานต่อเนื่อง อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ภาวะไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ในขณะที่โรคไข้หวัดส่วนใหญ่หายได้ในระยะเวลาอันสั้น

- การเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งในวัย 65 ปี 1 คน กับการเสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุจากรยานยนต์ในวัย 25 ปี 1 คน ก็มีความสูญเสียต่างกัน เพราะการเสียชีวิตตั้งแต่อายุยังน้อย ทำให้สังคมเสียกำลังคน เสียผลผลิตที่จะเกิดขึ้นถ้าคน ๆ นั้นยังมีชีวิตอยู่ ครอบครัวสูญเสียรายได้ บุตรของผู้เสียชีวิตกลายเป็นภาระของครอบครัวและสังคม เป็นต้น

เครื่องวัดระดับสากลที่ใช้บอกความสูญเสียด้านสุขภาพหรือภาระโรค (BOD) ทั้งจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Years of Life Lost - YLLs) และการสูญเสียคุณภาพชีวิตจากการเจ็บป่วยหรือพิการ (Years Lost due to disability - YLDs) ซึ่งได้ถูกพัฒนาขึ้นโดยมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ธนาคารโลก และองค์การอนามัยโลก โดยมีหน่วยนับเป็นปี หนึ่งหน่วย (1 DALY) เท่ากับการสูญเสียช่วงอายุของการมีสุขภาพที่สมบูรณ์ไปจำนวน 1 ปี อาจเกิดจากการตายไปก่อนถึงวัยอันควร หรืออาจเกิดการสูญเสียเพราะชีวิตอยู่ด้วยความเจ็บป่วยหรือพิการ

$$\text{DALYs} = \text{YLLs (Years of Life Lost)} + \text{YLDs (Years Lost due to disability)}$$

$$\text{ปีที่สูญเสียสุขภาพสมบูรณ์} = \text{ปีที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร} + \text{ปีที่สูญเสียจากความเจ็บป่วยหรือพิการ}$$

ดัชนี DALYs มีประโยชน์อย่างสูงต่อมุมมองด้านวิชาการและการพัฒนานโยบายสุขภาพ เนื่องจากดัชนี DALYs สามารถใช้วัดสถานะทางสุขภาพของประชากรในระดับประเทศหรือระดับภูมิภาคโดยคำนึงถึงอัตราตายและความเจ็บป่วยพิการที่เกิดขึ้นในกลุ่มประชากรนั้น นอกจากนี้ DALYs ยังสามารถนำไปใช้ในการประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการให้บริการทางการแพทย์หรือนวัตกรรมทางด้านสุขภาพต่างๆ ได้ เมื่อเปรียบเทียบกับบริการทางการแพทย์หรือบริการสุขภาพในรูปแบบเดิม แต่อย่างไรก็ตาม การใช้ DALYs ยังมีข้อจำกัดอยู่บ้าง ในบางโรคที่มีอัตราการป่วยและการตายในระยะยาว เช่น โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ที่มีอัตราความชุกของการสูบบุหรี่ลดลง แต่ภาระโรคของการสูบบุหรี่ยังมีค่าสูง การใช้ DALYs จะยังไม่มีผลในการแสดงความเปลี่ยนแปลงความชุกของการเกิดโรค

รายงานการศึกษาในบทนี้เป็นการทบทวนแบบแผนภาระโรคของประชาชนไทยในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา รวมทั้งสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของภาระโรคที่มีความสำคัญทั้งในเพศชายและเพศหญิง และกลุ่มอายุต่างๆ เปรียบเทียบกับสถานการณ์ภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของประชากรทั่วโลกซึ่งเป็นการตอบวัตถุประสงค์ข้อที่หนึ่งของโครงการฯ

2.2 วิธีการศึกษาและแหล่งข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษานี้ใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของประชากรทั่วโลก รวมทั้งสถานการณ์และความสำคัญของโรคไม่ติดต่อและการเจ็บป่วยเรื้อรัง ร่วมกับการรวบรวมข้อมูลผลการศึกษาระยะโรคและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของประชาชนไทยในระยะเวลาที่ผ่านมาจากข้อมูลและการศึกษาหลายแหล่ง เช่น การศึกษาระยะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทย การสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย การสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ รวมทั้งการศึกษาก่อนการเปลี่ยนแปลงปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดและความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตช่วงระยะเวลา 12 ปีของประชากรไทยกรณีศึกษาเจ้าหน้าที่ของการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย ซึ่งแม้จะเป็นการศึกษาในประชากรกลุ่มเฉพาะ แต่เป็นการศึกษาที่มีความต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลานานและสามารถสะท้อนสถานะทางสุขภาพของประชาชนไทยในกลุ่มวัยทำงานได้เป็นอย่างดี

2.3 ภาระโรคของประชากรทั่วโลกปี พ.ศ. 2545 (ค.ศ. 2002)

การศึกษาภาระโรคของประชากรทั่วโลกในปี พ.ศ. 2545 (ค.ศ. 2002) ซึ่งดำเนินการโดย Harvard School of Public Health และองค์การอนามัยโลก^[8] ได้แสดงให้เห็นว่า มีผู้เสียชีวิตจำนวน 57 ล้านคนทั่วโลกในปี ค.ศ. 2002 โดยประมาณ 10.5 ล้านคนหรือ 1 ใน 5 ของผู้เสียชีวิตเป็นเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี และ ร้อยละ 98 ของเด็กเหล่านี้อยู่ในประเทศที่มีเศรษฐกิจปานกลางและยากจน (low- and middle-income countries) ทั้งนี้สาเหตุส่วนใหญ่ของผู้เสียชีวิตในกลุ่มประเทศที่มีเศรษฐกิจปานกลางและยากจนเกิดจากโรคติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุอันดับหนึ่ง ตามมาด้วยโรคติดเชื้อ/ปัญหาอนามัยแม่และเด็ก/ภาวะทุพโภชนาการ และ อุบัติเหตุเป็นลำดับสองและสามตามลำดับ ส่วนในกลุ่มประเทศร่ำรวยและพัฒนาแล้ว โรคติดต่อเรื้อรังยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต ในขณะที่จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคติดเชื้อ/ปัญหาอนามัยแม่และเด็ก/ภาวะทุพโภชนาการและอุบัติเหตุมีจำนวนไม่มากนัก

องค์การอนามัยโลกได้ดำเนินการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ 26 ประเภทที่เกี่ยวข้องกับการตายและภาระโรคจากทุกภูมิภาคทั่วโลกในปี ค.ศ. 2002 โดย 5 อันดับแรกของปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการสูญเสียสุขภาพ ได้แก่ ภาวะทุพโภชนาการ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ภาวะความดันโลหิตสูง การบริโภคยาสูบและแอลกอฮอล์ตามลำดับ ทั้งนี้ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพส่วนใหญ่พบในกลุ่มประเทศที่มีเศรษฐกิจยากจน เช่น อินเดีย และกลุ่มประเทศในแอฟริกา สำหรับประเทศที่พัฒนาแล้วและมีเศรษฐกิจร่ำรวย การบริโภคยาสูบเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุด ในขณะที่ปัจจัยเสี่ยงรองลงมาคือ การบริโภคแอลกอฮอล์ ภาวะความดันโลหิตสูง ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง และภาวะน้ำหนักเกิน ตามลำดับ เป็นที่น่าสังเกตว่า ประเทศที่มีเศรษฐกิจปานกลาง/ยากจนกำลังเผชิญกับปัญหาภาระโรคที่เกิดจากกลุ่มโรคติดต่อและกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (Double burden of disease) ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากพฤติกรรมทางสุขภาพ เช่น การบริโภคยาสูบ ปัญหาน้ำหนักเกิน และการขาดการออกกำลังกาย รวมทั้งช่องว่างความแตกต่างทางด้านเศรษฐกิจและสังคมในกลุ่มประเทศเหล่านี้

รายงานขององค์การอนามัยโลกเรื่อง Preventing Chronic Diseases: A vital investment^[9] ซึ่งตีพิมพ์เผยแพร่ในปี พ.ศ. 2548 (ค.ศ. 2005) ได้ระบุถึงสถานการณ์และความสำคัญของโรคไม่ติดต่อและการเจ็บป่วยเรื้อรังในภาพรวมของระดับโลก โดยรายงานดังกล่าวได้ระบุว่า จำนวนผู้เสียชีวิต 58 ล้านคนทั่วโลกในปี พ.ศ. 2548 ประมาณ 35 ล้านคนหรือร้อยละ 60 มีสาเหตุจากการเจ็บป่วยเรื้อรังของโรคไม่ติดต่อ ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่า 4 ใน 5 ของผู้ที่เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่ออาศัยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนาและประเทศยากจนทั่วโลก โดยประชาชนในประเทศกำลังพัฒนาเหล่านี้มีค่าเฉลี่ยของอายุที่เริ่มเจ็บป่วยจากโรคไม่ติดต่อ น้อยกว่าประชาชนในประเทศที่พัฒนาแล้วและต้องทนทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยเรื้อรังรวมทั้งผลข้างเคียงเป็นระยะเวลายาวนานกว่า ทั้งนี้การเจ็บป่วยจากโรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของกลุ่มประชากรวัยแรงงาน (adults) ในเกือบทุกประเทศทั่วโลก และมีการคาดการณ์ว่าจำนวนประชากรวัยแรงงานที่เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อในอีก 10 ปีข้างหน้าจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 17

สำหรับปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเจ็บป่วยเรื้อรังจากโรคไม่ติดต่อในภาพรวมของทั่วโลก 3 อันดับแรก ได้แก่ การบริโภคอาหารที่ทำลายสุขภาพ (unhealthy diet) การขาดการออกกำลังกาย (physical activity) และการบริโภคยาสูบ ทั้งนี้ รายงานดังกล่าวยังได้แสดงความกังวลเกี่ยวกับการตอบสนองของระดับโลกต่อการแก้ไขปัญหาภาระโรคที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อซึ่งยังอยู่ในระดับที่ไม่น่าพอใจ เนื่องจากเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals-MDGs) ก็ยังมีได้คำนึงถึงปัญหาของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และได้มีการกำหนดเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวแต่อย่างใด นอกจากนี้ ยังพบว่า ทรัพยากรด้านสุขภาพที่นำไปใช้สำหรับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในแต่ละประเทศเป็นสัดส่วนที่ค่อนข้างต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับรายจ่ายเพื่อสุขภาพโดยรวมทั้งหมด (total health expenditure) โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาล (curative care)

2.4 การสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประเทศไทย

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยทุกๆ 5 ปี โดยการสำรวจครั้งแรกในปี พ.ศ. 2534-2535 ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-2540 และครั้งที่ 3 ซึ่งเป็นครั้งล่าสุด พ.ศ. 2546-2547^[10] โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแสดงสภาวะสุขอนามัย และความชุกของโรคที่สำคัญ ภาวะความเจ็บป่วย ภาวะพิการ ตลอดจนปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนชาวไทย แต่การสำรวจครั้งที่ 2 นั้นไม่ได้สำรวจถึงความชุกของสภาวะที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่ทำการสำรวจความชุกของบุคคลที่รู้ว่าเป็นตนเองป่วยด้วยโรคต่างๆ

สำหรับการสำรวจทั้ง 3 ครั้ง พบว่า มีความแตกต่างกันในวิธีการเก็บข้อมูล การสุ่มตัวอย่าง และการเปลี่ยนนิยาม ยกตัวอย่างเช่น เกณฑ์วินิจฉัยความดันโลหิตสูงในการสำรวจครั้งที่ 1 ใช้เกณฑ์ Systolic Blood Pressure (SBP) สูงตั้งแต่ 160 mmHg ขึ้นไป หรือค่า Diastolic Blood Pressure (DBP) สูงกว่า 95 mmHg ส่วนการสำรวจครั้งที่ 3 ได้ใช้เกณฑ์ที่ต่ำลง คือ SBP สูงกว่าหรือเท่ากับ 140 mmHg ขึ้นไป หรือ DBP สูงกว่า 90 mmHg ขึ้นไป เป็นต้น การเปลี่ยนนิยามการวัดจะมีผลต่อความชุกของการเกิดโรค ดังนั้น การวิเคราะห์และการตีความผลการสำรวจ ต้องกระทำด้วยความระมัดระวัง โดยต้องคำนึงถึงข้อจำกัดเรื่องวิธีการสำรวจด้วย

อย่างไรก็ตาม เมื่อทำการเปรียบเทียบข้อมูลของการสำรวจในครั้งที่ 1 (พ.ศ. 2534-2535) และการสำรวจครั้งที่ 3 (พ.ศ. 2546-2547) พบว่าประชาชนไทยมีสัดส่วนของพฤติกรรมเสี่ยงและสภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเพิ่มขึ้นในหลายหัวข้อ โดยมีรายละเอียดแสดงในตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 เปรียบเทียบร้อยละของประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพและสภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประเทศไทยครั้งที่ 1 และครั้งที่ 3

สภาวะสุขภาพ	พ.ศ. 2534-2535		พ.ศ. 2546-2547	
	ชาย %	หญิง %	ชาย %	หญิง %
พฤติกรรมเสี่ยง				
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	62.3	24.7	72.6	35.4
การสูบบุหรี่	50.0	4.5	45.9	2.3
ระดับการออกกำลังกายไม่เพียงพอ	*	*	6.8	11.8
การบริโภคผักและผลไม้ (< 5 ถ้วย/วัน)	*	*	80.3	76.8
สภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค				
ภาวะซีด โลหิตจาง	17.8	25.3	11.4	22.2
เบาหวาน	2.8	2.0	6.4	7.1
ความดันโลหิตสูง	5.2	5.7	23.3	20.9
คอเลสเตอรอลในเลือดสูง	9.3	14.2	13.7	17.1
ภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน	1.5	5.6	4.8	9.0

ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ * ไม่ได้ทำการสำรวจ

จากการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยทั้งสองครั้ง สามารถสรุปได้ว่า ในช่วงระยะเวลาประมาณ 10 ปี คือ ระหว่างปี พ.ศ. 2534-2535 และ 2546-2547 เพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพในเรื่องการดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มมากขึ้น ในขณะที่พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทั้งสองเพศลดลง แต่ประมาณร้อยละ 50 ของเพศชายยังมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยส่วนใหญ่ของทั้งเพศชายและหญิง (มากกว่าร้อยละ 76) ยังมีพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ค่อนข้างน้อย สำหรับสถานะเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความน่าเป็นห่วงมากขึ้น จากการที่มีความชุกของประชากรมากขึ้นต่อภาวะเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูงและภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหาและลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเหล่านี้

2.5 การสำรวจอนามัยและสวัสดิการของประชากรไทย

สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ดำเนินการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของประชากรไทย พ.ศ. 2548^[11] ซึ่งเป็นการสำรวจที่เป็นตัวแทนของประชากรไทย มีจำนวนครัวเรือนตัวอย่างทั้งหมด 26,520 ครัวเรือน ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ เป็นข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชน เช่น การเจ็บป่วยของประชาชน การเลือกรับบริการจากสถานพยาบาลเมื่อมีการเจ็บป่วยทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในรายจ่ายที่ประชาชนต้องจ่ายเพื่อการรักษาพยาบาล เป็นต้น ซึ่งในที่นี้จะไม่ได้กล่าวถึงรายละเอียดของการสำรวจมากนัก เพียงแต่จะอ้างอิงผลการสำรวจปัญหาสุขภาพของประชาชนเท่านั้น

ผลการสำรวจปัญหาสุขภาพของประชากร พบว่าในปี พ.ศ. 2548 ประชากรไทยจำนวน 65.3 ล้านคน ผู้ที่มีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวประมาณ 10.1 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 15.5 ของประชากรทั้งหมด ผู้หญิงร้อยละ 17.6 มีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวสูงกว่าผู้ชายร้อยละ 13.5 โดยกลุ่มโรคที่เป็นมากที่สุด คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 28.0 โรคต่อมไทรอยด์ ร้อยละ 18.9 และโรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ ร้อยละ 15.7 ตามลำดับ โดยระหว่าง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ที่มีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวมีการนัดพบแพทย์เพียงร้อยละ 40.5 ซึ่งส่วนใหญ่ไปใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชน

2.6 การสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร

สำนักงานสถิติแห่งชาติได้สำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากรครั้งล่าสุดเมื่อปี พ.ศ. 2548-2549^[12] พบว่า จำนวนประชากรไทย 64.8 ล้านคน เพศชาย 31.9 ล้านคน เพศหญิง 32.9 ล้านคน โครงสร้างประชากรของประเทศไทยเปลี่ยนไปเป็นโครงสร้างสังคมผู้สูงอายุ (aging society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 เนื่องจากมีสัดส่วนของประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปสูงกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ มีประชากรวัยเด็ก ร้อยละ 23.0 วัยแรงงาน ร้อยละ 66.7 และ วัยสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 10.3 ของประชากรทั้งประเทศ สัดส่วนของเพศหญิงมีแนวโน้มสูงขึ้น การที่ประชากรหญิงมากกว่าชายเพราะผู้หญิงมีอายุขัยเฉลี่ยสูงกว่าผู้ชาย รัฐบาลควรศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตในบั้นปลาย ภาวะสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจของประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ

ในปี พ.ศ. 2548 เป็นช่วงที่ประเทศสามารถรับประโยชน์จากการปันผลทางประชากร (Demographic dividend) เพราะประชากรวัยแรงงานมีอัตราที่เพิ่มขึ้นและจะเพิ่มขึ้นจนถึงปี พ.ศ. 2552 เนื่องจากประชากรรุ่นเกิดล้านกำลังเคลื่อนตัวเข้าสู่วัยแรงงาน การที่สัดส่วนประชากรวัยแรงงานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 66.1 เป็นร้อยละ 66.7 ซึ่งกลุ่มวัยแรงงานที่เพิ่มมากขึ้นจะมีส่วนช่วยกันแบกรับภาระในการดูแลประชากรวัยเด็กและผู้สูงอายุ

สำหรับภาวะเจริญพันธุ์ของประเทศไทยลดลงต่ำกว่าระดับทดแทนและมีแนวโน้มที่ลดลงไปอีกจนอาจกลายเป็นวิกฤตทางประชากรและส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ เนื่องจากสัดส่วนของประชากรมีการชะลอการสมรส ครองโสด และหย่าร้างเพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก รวมถึงอัตราการคุมกำเนิดที่มีแนวโน้มสูงขึ้น

2.7 การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2547^[13] ในเขตสาธารณสุข 10 เขต โดยวิธีการสำรวจในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 59,109 คน พบว่า ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปประเมินสถานะสุขภาพตนเองในระดับดี-ดีมาก ร้อยละ 63.15 มีภาวะน้ำหนักเกิน ร้อยละ 12.69 ภาวะอ้วนร้อยละ 2.60 ความชุกของพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บของประชาชน คือ สูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 22.96 ดื่มสุราในรอบปีที่ผ่านมา ร้อยละ 35.26 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ยครั้งละมากกว่า 5 แก้วมาตรฐาน ร้อยละ 3.17 รับประทานผักน้อยกว่า 5 หน่วยมาตรฐานต่อวัน ร้อยละ 87.76 ขับขี่รถจักรยานยนต์หลังจากดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภายใน 1 ชั่วโมง ใน 30 วันที่ผ่านมา ร้อยละ 12.08 ขับรถยนต์หลังจากดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภายใน 1 ชั่วโมง ใน 30 วันที่ผ่านมา ร้อยละ 4.26 สวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 49.55 คาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับรถยนต์ ร้อยละ 64.48 ความตระหนักในการดูแลสุขภาพของประชากรต่อพฤติกรรม การเข้าตรวจโรคต่างๆ พบว่า ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ตรวจวัดความดันโลหิตภายใน 1 ปี ร้อยละ 62.97 ตรวจวัดน้ำตาลในเลือดเพื่อหาเบาหวานภายใน 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 30.77สตรีที่อายุ 15 ปีขึ้นไปที่ได้รับการตรวจภายในเพื่อหามะเร็งปากมดลูกภายใน 1 ปี ร้อยละ 22.42 และมีเพียงร้อยละ 19.24 ได้รับการตรวจคัดค้านมเพื่อหาก้อนผิดปกติโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขภายใน 1 ปีที่ผ่านมา และความชุกของการเจ็บป่วยเรื้อรังจากโรคไม่ติดต่อที่พบได้บ่อย มีดังนี้ โรคโลหิตจาง ร้อยละ 2.93 โรคหอบหืด ร้อยละ 2.52 โรคซึมเศร้า ร้อยละ 1.17 โรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 1.01 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 0.85 โรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ร้อยละ 0.79 การใช้ความรุนแรงทางร่างกาย ร้อยละ 3.32 เคยถูกทำร้ายร่างกายในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา จากผลการสำรวจ ประชาชนส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยและการตายก่อนวัยอันควรเป็นอย่างมาก เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การรับประทานผักผลไม้ที่ไม่เพียงพอ การไม่ใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2.8 โรคหลอดเลือด กรณีศึกษาการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย

ปิยมิตร ศรีธรรมาและคณะศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดและปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเสียชีวิต^[14] โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดในระยะเวลา 12 ปี และกำหนดความสัมพันธ์ระหว่างระดับของปัจจัยเสี่ยงและความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดระยะเวลาการศึกษาระหว่าง ปี พ.ศ. 2528-2540 โดยกลุ่มตัวอย่างของการศึกษา คือ เจ้าหน้าที่ของการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย (Electricity Generating Authority - EGAT) อายุระหว่าง 35 - 54 ปี การคัดเลือกตัวอย่างโดยใช้แบบสำรวจปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดโดยวิธีการศึกษาแบบ Cohort Study กลุ่มตัวอย่างจำนวน 3,318 คน โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 165 คน เสียชีวิต และ 186 คนขอลถอนตัวออกจากการศึกษา ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2,967 คนที่ได้รับการติดตามการศึกษาแบบ cohort study ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 42.5 ปี ในปี พ.ศ. 2528 และ 54.5 ปี ในปี พ.ศ. 2540 จากการศึกษาช่วงระยะเวลา 12 ปี ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับคอเลสเตอรอล ระดับ triglyceride และดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นทั้งในเพศชายและเพศหญิง ($p < 0.001$) ความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ระดับคอเลสเตอรอลสูง เบาหวานและ

โรคอ้วนเพิ่มสูงขึ้นทั้งชายและหญิง ($p < 0.001$) ในทางตรงกันข้ามสัดส่วนการสูบบุหรี่ในปัจจุบันลดลงประมาณครึ่งหนึ่งทั้งเพศชายและเพศหญิง ($p < 0.001$) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงและการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดพบว่า ช่วงระยะเวลา 12 ปี กลุ่มตัวอย่างเสียชีวิตทั้งหมด 165 คน จำนวน 46 คน เสียชีวิตด้วย coronary heart disease 28 คน เส้นเลือดในสมอง 16 คน และ 2 คนจากสาเหตุหลอดเลือดอื่นๆ เพศชาย 3 คน และเพศหญิง 1 คน เสียชีวิตโดยฉับพลัน และสาเหตุอื่นๆที่นำไปสู่การเสียชีวิต คือ malignancy 43 คน อุบัติเหตุ 37 คน non-malignant gastrointestinal and hepatic disease 22 คน โดยพบว่า อายุ ระดับความดันโลหิต การสูบบุหรี่ และเบาหวานมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญต่อการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือด ($p = 0.003$)

2.9 ภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทยระหว่าง พ.ศ. 2542 และ 2547

ประเทศไทยได้ดำเนินการศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทยครั้งแรกปีพ.ศ.2542 โดยคณะทำงานภาระโรคและการบาดเจ็บที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง กระทรวงสาธารณสุข^[15, 16] ต่อมาสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ โดยการสนับสนุนของกระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้ดำเนินการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2547^[17] ซึ่งเป็นการคาดประมาณการตายและภาระโรคโดยใช้วิธีการวัดภาระโรคจากข้อมูลที่น่าเชื่อถือสูงสุดที่มีอยู่ เพื่ออธิบายขนาดปัญหาของแต่ละโรคว่ามากน้อยต่างกันเท่าใด การวัดภาระโรคด้วยวิธีการดังกล่าวจึงสามารถใช้เปรียบเทียบขนาดของปัญหาสุขภาพระหว่างโรคต่างๆ และระหว่างกลุ่มโรค เช่น กลุ่มโรคติดต่อ/การขาดสารอาหาร กลุ่มอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ กลุ่มโรคไม่ติดต่อ เป็นต้น นอกจากนี้ คณะทำงานฯ ยังได้ศึกษาภาระโรคที่เป็นผลมาจากปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ 14 ปัจจัยเสี่ยงด้วยกัน

อายุขัยเฉลี่ยของประชากรไทย

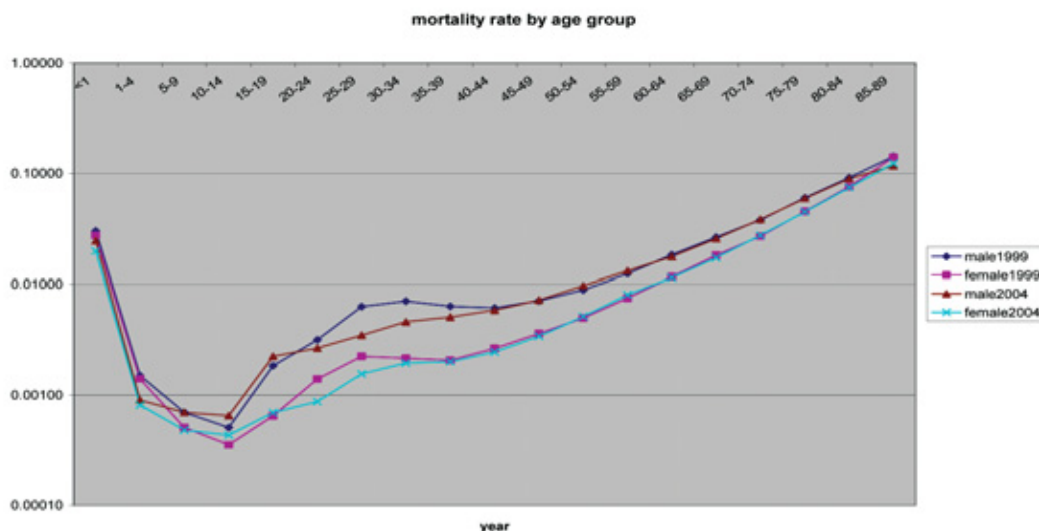
เมื่อศึกษาเปรียบเทียบระหว่าง พ.ศ. 2542 และ 2547 (ตารางที่ 2.2) พบว่า อัตราตายรายอายุลดลงและส่งผลให้การคาดประมาณอายุขัยเฉลี่ยของประชาชนไทยเพิ่มสูงขึ้นจาก 67.1 เป็น 69.2 ปีในเพศชาย และ 74.7 เป็น 76.2 ปีในเพศหญิง โดยมีอัตราการเพิ่มขึ้นของอายุขัยเฉลี่ยในเพศชายคิดเป็นร้อยละ 3.1 และเพศหญิงมีอัตราการเพิ่มร้อยละ 2.0 กลุ่มที่มีอัตราตายลดลงอย่างเห็นได้ชัดคือ กลุ่มวัยทำงาน (รูปที่ 2.1) แสดงอัตราตายในช่วงอายุ 20-39 ปีลดลงทั้งในเพศชายและเพศหญิง

ตารางที่ 2.2 อายุขัยเฉลี่ยของประชากรไทยระหว่าง พ.ศ. 2542 และ 2547

เพศ	อายุขัยเฉลี่ย (ปี)		อัตราการเปลี่ยนแปลง (ร้อยละ)
	2542	2547	
ชาย	67.1	69.2	3.1
หญิง	74.7	76.2	2.0

ที่มา : รายงานการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทยพ.ศ. 2547

รูปที่ 2.1 อัตราตายรายอายุระหว่าง พ.ศ. 2542 (ค.ศ.1999) และ พ.ศ. 2547 (ค.ศ.2004) จำแนกตามเพศ



ที่มา: รายงานการศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. 2547

สาเหตุการตายของประชากรไทย

การศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2547 ได้พยายามวิเคราะห์สาเหตุการตายจากฐานข้อมูลการตายของสำนักทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย ซึ่งบันทึกสาเหตุการตายรายโรคตาม ICD-10 แต่เนื่องจากข้อมูลการตายดังกล่าวมีการบันทึกสาเหตุการตายที่ไม่แน่ชัด และไม่ถูกต้องตามมาตรฐานการให้สาเหตุการตายขององค์การอนามัยโลก ในที่สุดจึงใช้ข้อมูลจากการศึกษาสาเหตุการตายของคนไทยในปี พ.ศ. 2542 โดย จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะ ในการปรับสาเหตุการตายจากมรณบัตรตามเพศ กลุ่มอายุ และภูมิภาคในกลุ่มเดียวกัน จนทำให้ได้สาเหตุการตายห้าอันดับแรกของประชากรไทยจำแนกเพศชายและหญิง (ตารางที่ 2.3)

ตารางที่ 2.3 สาเหตุการตายห้าอันดับแรกของประชากรไทยระหว่าง พ.ศ. 2542 และ 2547 จำแนกตามเพศ

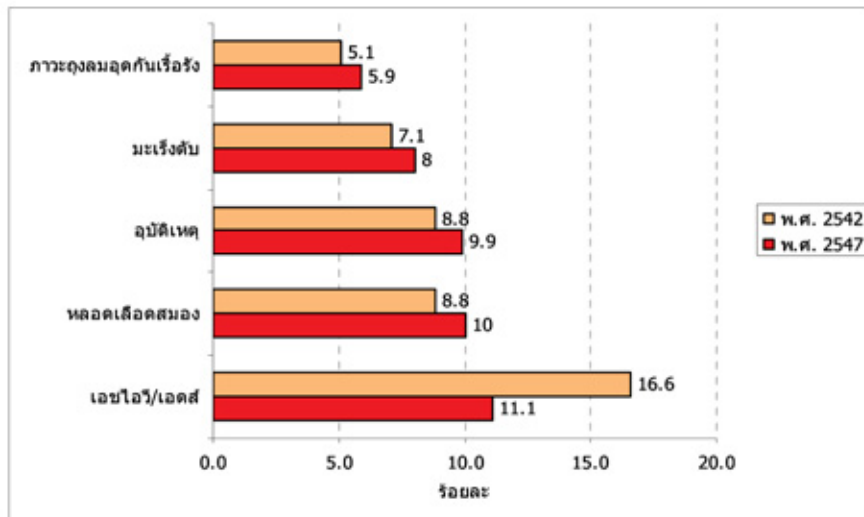
สาเหตุการตายของเพศชาย	ชาย (ร้อยละ)		หญิง (ร้อยละ)		สาเหตุการตายของเพศหญิง
	2542	2547	2542	2547	
เอชไอวี/เอดส์	16.6	11.1	14.9	14.7	หลอดเลือดสมอง
หลอดเลือดสมอง	8.8	10.0	8.3	6.2	เอชไอวี/เอดส์
อุบัติเหตุ	8.8	9.9	7.7	8.0	เบาหวาน
มะเร็งตับ	7.1	8.0	5.5	6.6	ภาวะหัวใจขาดเลือด
ภาวะถุงลมอุดกั้นเรื้อรัง	5.1	5.9	4.9	4.9	มะเร็งตับ

ที่มา: รายงานการศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. 2542 และ 2547

เมื่อเปรียบเทียบสาเหตุการตายห้าอันดับแรก ระหว่างปีพ.ศ. 2542 และ 2547 พบว่า ร้อยละของการเสียชีวิตจากเอชไอวี/เอดส์ ลดลงทั้งในเพศชายและเพศหญิง ในขณะที่ร้อยละการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในเพศชายเพิ่มขึ้น และในเพศหญิงลดลงเพียงเล็กน้อย โดยโรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุที่สำคัญของการ

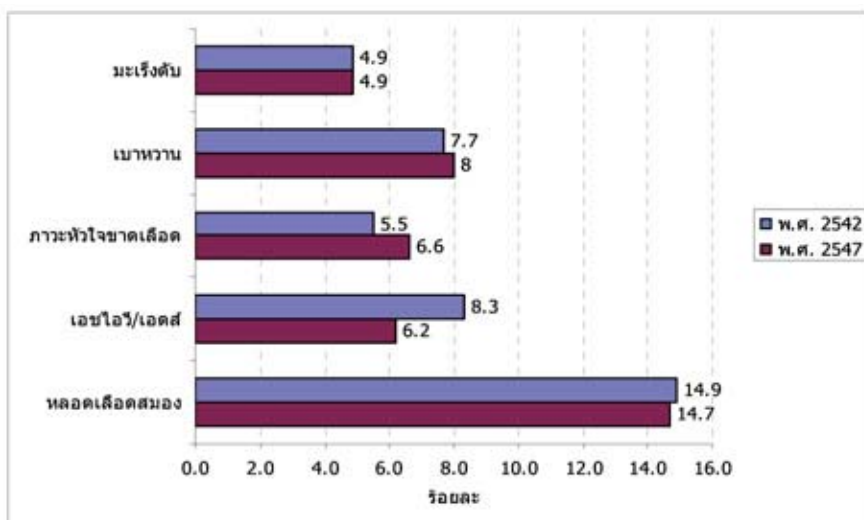
เสียชีวิตในเพศหญิง (มากกว่าร้อยละ 14) สำหรับสาเหตุการเสียชีวิตที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น อุบัติเหตุ เบาหวาน และภาวะหัวใจขาดเลือด มีแนวโน้มสูงเพิ่มขึ้นทั้งในเพศชายและเพศหญิง

รูปที่ 2.2 สาเหตุการตายห้าอันดับแรกของเพศชาย ระหว่าง พ.ศ. 2542 และ 2547



เมื่อพิจารณาสาเหตุการตายห้าอันดับแรกของเพศชายระหว่าง พ.ศ. 2542 และ 2547 พบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงของสาเหตุห้าอันดับแรก (รูปที่ 2.2) แต่สัดส่วนสาเหตุการตายจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ลดลง ในขณะที่สัดส่วนการตายจากหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุ มะเร็งตับ และภาวะถุงลมอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้น

รูปที่ 2.3 สาเหตุการตายห้าอันดับแรกของเพศหญิงระหว่าง พ.ศ. 2542 และ 2547



เมื่อพิจารณาสาเหตุการตายห้าอันดับแรกของเพศหญิงระหว่างพ.ศ. 2542 และพ.ศ.2547 (รูปที่ 2.3) พบว่า โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งในทั้งสองปีที่ทำการศึกษา โดยสาเหตุการตายจากเบาหวานและภาวะหัวใจขาดเลือดเพิ่มมากขึ้นในปี 2547 ในขณะที่สาเหตุการตายจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ลดลงเช่นเดียวกับเพศชาย

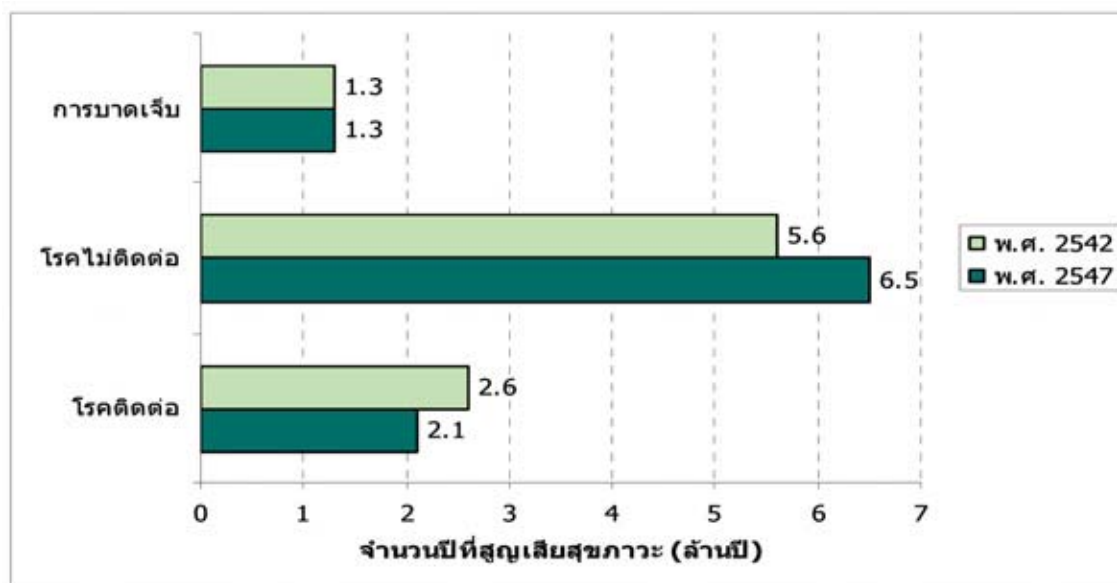
การสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย

การสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทยได้ถูกจำแนกออกเป็นสองลักษณะคือ จำแนกตามเพศและกลุ่มของสาเหตุ และการจำแนกตามกลุ่มอายุ โดยการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทยระหว่างพ.ศ. 2542 และพ.ศ. 2547 (ตารางที่ 2.4) พบว่า ประชากรไทยสูญเสียปีสุขภาวะเพิ่มขึ้นจาก 9.5 เป็น 9.9 ล้านปีสุขภาวะ เพศชายสูญเสียเพิ่มขึ้นจาก 5.6 เป็น 5.7 ล้านปีสุขภาวะ และเพศหญิงสูญเสียเพิ่มขึ้นจาก 3.9 เป็น 4.2 ล้านปีสุขภาวะ

ตารางที่ 2.4 จำนวนปีที่สูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทยตามกลุ่มของสาเหตุระหว่าง พ.ศ. 2542 และ 2547 จำแนกตามเพศ

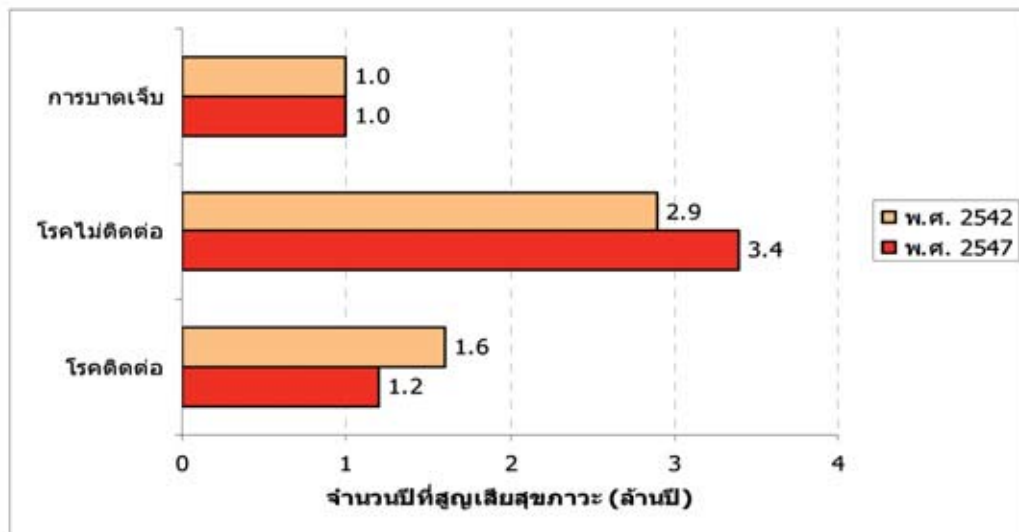
กลุ่มของสาเหตุ	2542 (DALYs, ล้านปีสุขภาวะ)			2547 (DALYs, ล้านปีสุขภาวะ)		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
โรคติดต่อ	1.6	1.0	2.6	1.2	0.9	2.1
โรคไม่ติดต่อ	2.9	2.6	5.6	3.4	3.1	6.5
การบาดเจ็บ	1.0	0.3	1.3	1.0	0.3	1.3
รวม	5.6	3.9	9.5	5.7	4.2	9.9

รูปที่ 2.4 จำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียของประชากรไทยตามกลุ่มของสาเหตุระหว่างพ.ศ. 2542 และ 2547

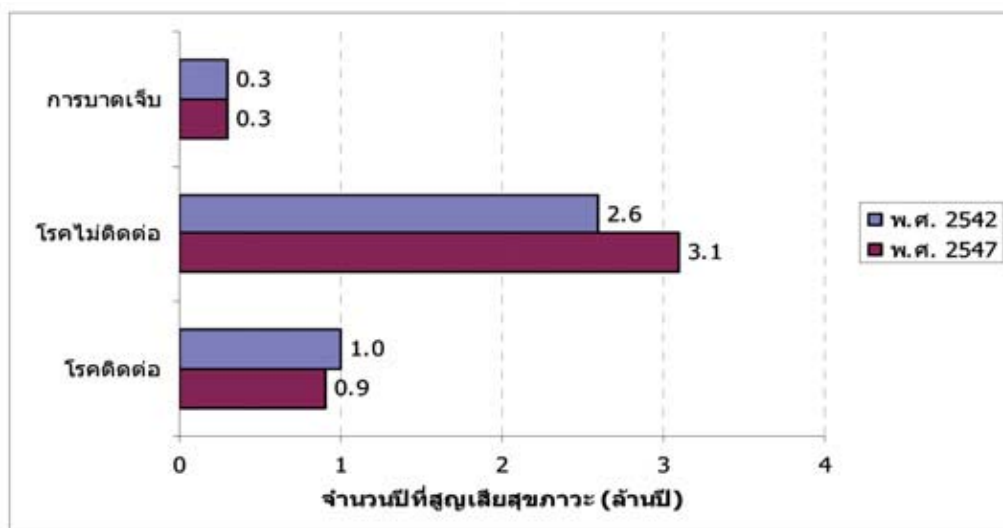


เมื่อเปรียบเทียบการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทยตามกลุ่มสาเหตุ (รูปที่ 2.4) พบว่า ภาระโรคในกลุ่มโรคไม่ติดต่อก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะเพิ่มขึ้นจาก 5.6 เป็น 6.5 ล้านปีสุขภาวะ ขณะที่กลุ่มโรคติดต่อสูญเสียปีสุขภาวะลดลงจาก 2.6 เป็น 2.1 ล้านปีสุขภาวะ แสดงให้เห็นว่า ภาระโรคที่เกิดจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อกำลังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในขณะที่ภาระโรคจากกลุ่มโรคติดต่อมีแนวโน้มลดลง เมื่อพิจารณาแยกตามเพศ พบว่า สาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะของกลุ่มโรคไม่ติดต่อเพิ่มสูงขึ้นในทั้งสองเพศโดยในเพศชายสูญเสียปีสุขภาวะเพิ่มขึ้นจาก 2.9 เป็น 3.4 ล้านปีสุขภาวะ (รูปที่ 2.5) และเพศหญิงสูญเสียปีสุขภาวะเพิ่มขึ้นจาก 2.6 เป็น 3.1 ล้านปีสุขภาวะ (รูปที่ 2.6)

รูปที่ 2.5 จำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียของเพศชายระหว่าง พ.ศ. 2542 และ 2547 จำแนกตามกลุ่มของสาเหตุ



รูปที่ 2.6 จำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียของเพศหญิงระหว่าง พ.ศ. 2542 และ 2547 จำแนกตามกลุ่มของสาเหตุ



การจัดอันดับสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทยระหว่างพ.ศ. 2542 และ 2547 (ตารางที่ 2.5) พบว่า สาเหตุสามอันดับแรกของการสูญเสียปีสุขภาวะของเพศชาย คือ เอชไอวี/เอดส์ อุบัติเหตุ และโรคหลอดเลือดสมอง โดยการสูญเสียปีสุขภาวะของอุบัติเหตุเพิ่มขึ้นจาก 5.1 เป็น 5.8 ล้านปีสุขภาวะ และหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 2.7 เป็น 3.4 ล้านปีสุขภาวะ ในขณะที่เอชไอวี/เอดส์ลดลงจาก 9.6 เป็น 6.5 ล้านปีสุขภาวะ ซึ่งจะเห็นได้ว่า ภาระโรคที่เกิดจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อ เช่น อุบัติเหตุ หลอดเลือดสมอง และการเจ็บป่วยที่เกิดจากสุราและการติดสุราเป็นภาระโรคที่เพิ่มขึ้นของเพศชายในปี 2547 (รูปที่ 2.7)

สาเหตุสามอันดับแรกของการสูญเสียปีสุขภาวะในเพศหญิง (ตารางที่ 2.5) ได้แก่ หลอดเลือดสมอง เอชไอวี/เอดส์ และเบาหวาน โดยหลอดเลือดสมองได้ทวีความสำคัญเพิ่มขึ้นในปี 2547 เนื่องจากการสูญเสียปีสุขภาวะของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 2.8 เป็น 3.2 ล้านปีสุขภาวะและขึ้นมาเป็นภาระโรคอันดับหนึ่งในปี พ.ศ. 2547 ในขณะเดียวกัน ภาระโรคที่เกิดจากกลุ่มโรคไม่ติดต่ออื่นๆ เช่น เบาหวาน ภาวะซึมเศร้า และภาวะหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะในเพศหญิงที่เพิ่มสูงขึ้นในขณะที่การสูญเสียปีสุขภาวะของเอชไอวี/เอดส์ลดลงจาก 3.7 เป็น 2.9 ล้านปีสุขภาวะ (รูปที่ 2.8)

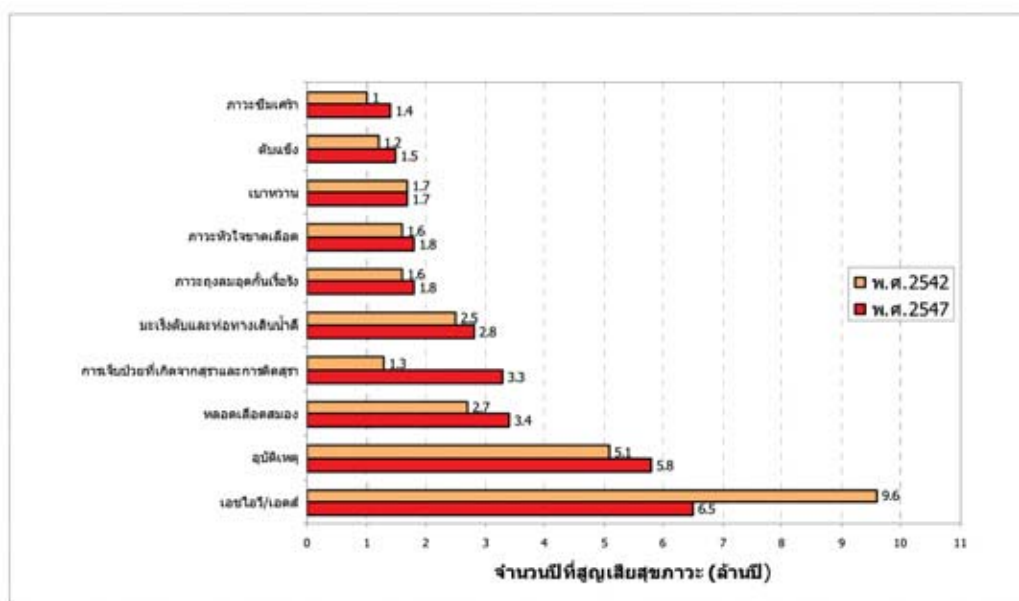
จากข้อมูลเปรียบเทียบการสูญเสียปีสุขภาวะระหว่างปี 2542 และ 2547 แสดงให้เห็นว่า การรณรงค์ของทั้งภาครัฐ และภาคเอกชนเกี่ยวกับความรู้และพฤติกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ ทำให้การสูญเสียปีสุขภาวะจากโรคดังกล่าวลดลงในปี 2547 ในขณะเดียวกัน กลุ่มโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน อุบัติเหตุ และการเจ็บป่วยที่เกิดจากสุรา กลับมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

ตารางที่ 2.5 การจัดอันดับการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทยระหว่าง พ.ศ. 2542 และ 2547 จำแนกตามเพศและสาเหตุ

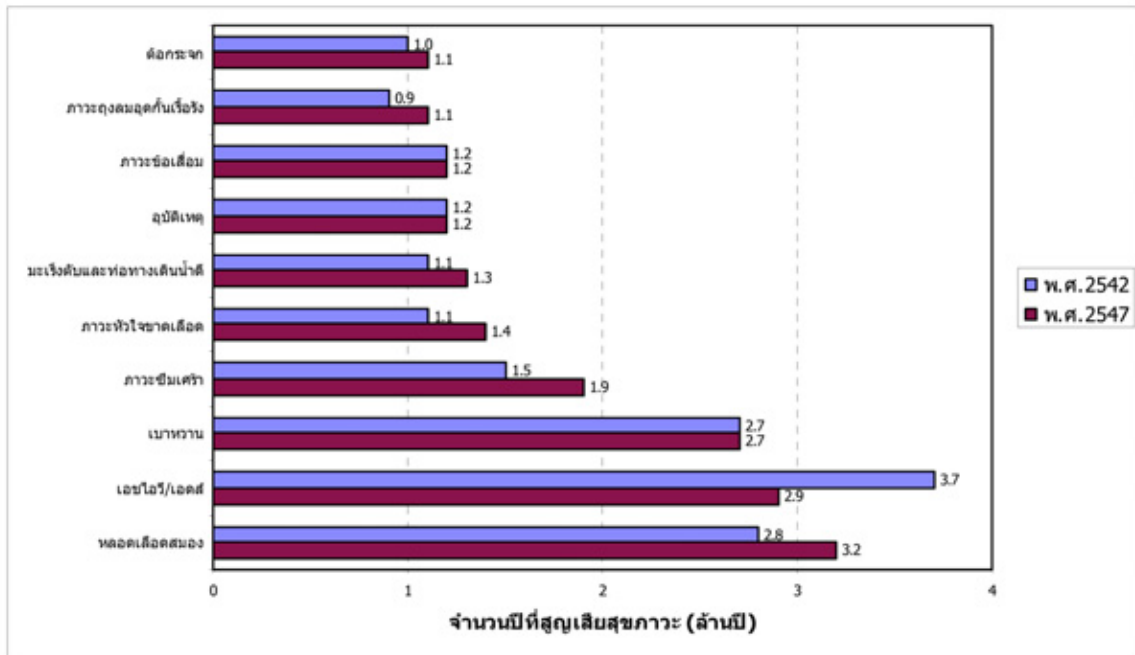
อันดับ	ชาย (DALYs, ล้านปีสุขภาวะ)			หญิง (DALYs, ล้านปีสุขภาวะ)		
	โรค	2542	2547	โรค	2542	2547
1	เอชไอวี/เอดส์	9.6	6.5	หลอดเลือดสมอง	2.8	3.2
2	อุบัติเหตุ	5.1	5.8	เอชไอวี/เอดส์	3.7	2.9
3	หลอดเลือดสมอง	2.7	3.4	เบาหวาน	2.7	2.7
4	การเจ็บป่วยที่เกิดจากสุราและการติดสุรา	1.3	3.3	ภาวะซึมเศร้า	1.5	1.9
5	มะเร็งตับและท่อน้ำดี	2.5	2.8	ภาวะหัวใจขาดเลือด	1.1	1.4
6	ภาวะถุงลมอุดกั้นเรื้อรัง	1.6	1.8	มะเร็งตับและท่อน้ำดี	1.1	1.3
7	ภาวะหัวใจขาดเลือด	1.6	1.8	อุบัติเหตุ	1.2	1.2
8	เบาหวาน	1.7	1.7	ภาวะข้อเสื่อม	1.2	1.2
9	ตับแข็ง	1.2	1.5	ภาวะถุงลมอุดกั้นเรื้อรัง	0.9	1.1
10	ภาวะซึมเศร้า	1.0	1.4	ต้อกระจก	1.0	1.1

ที่มา : รายงานการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทยพ.ศ. 2547

รูปที่ 2.7 จำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียของเพศชายระหว่าง พ.ศ. 2542 และ 2547 จำแนกตามภาระโรค

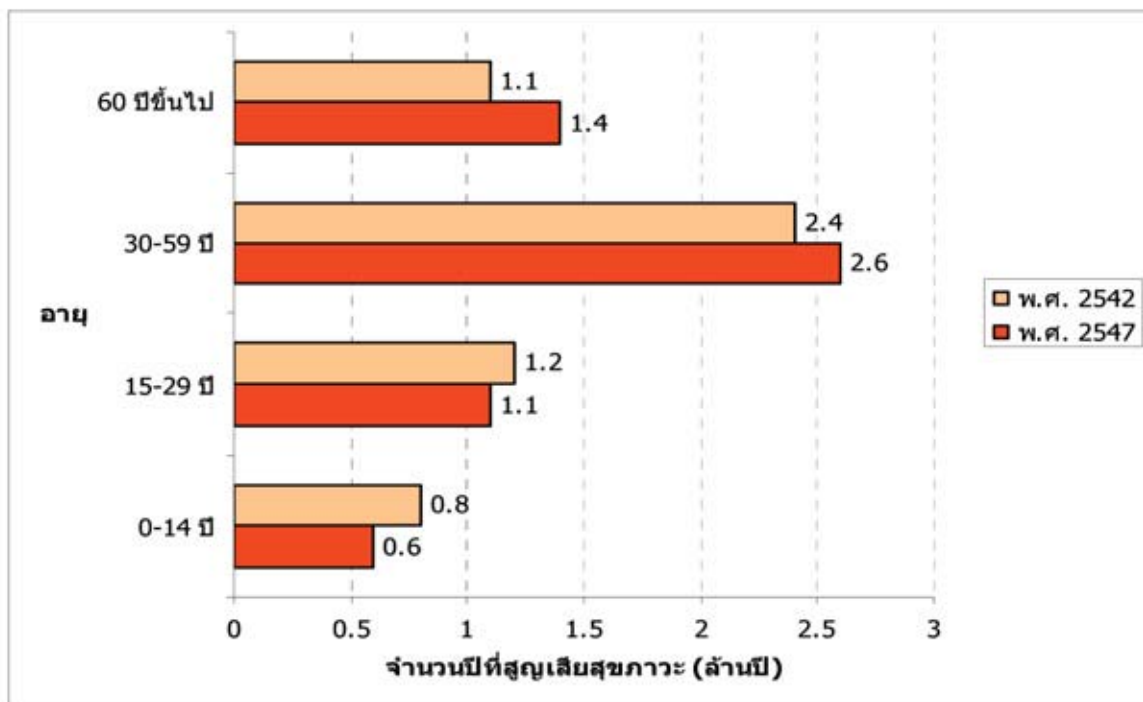


รูปที่ 2.8 จำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียของเพศหญิงระหว่าง พ.ศ. 2542 และ 2547 จำแนกตามภาวะโรค

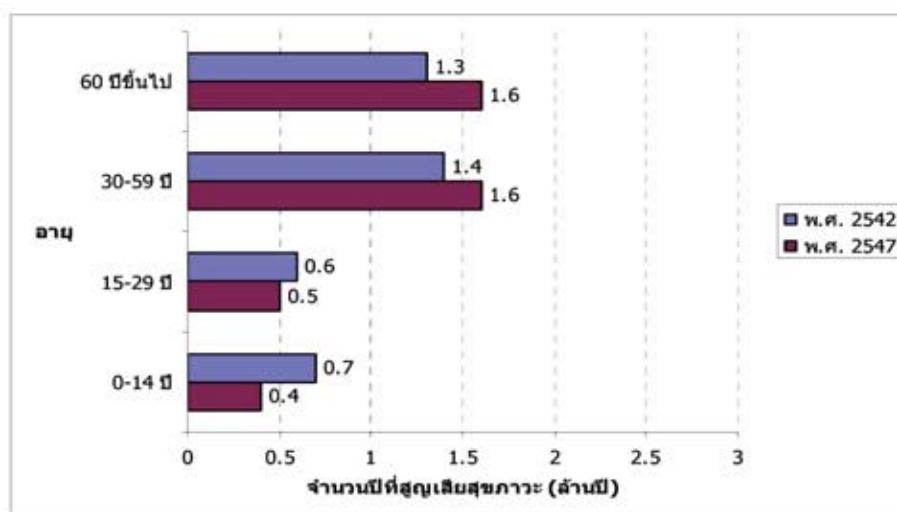


สำหรับการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทยตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มอายุ 0-14 ปี และกลุ่มอายุ 15-29 ปีทั้งเพศชายและเพศหญิงสูญเสียปีสุขภาวะลดลง ในขณะที่กลุ่มอายุ 30-59 ปี และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีการสูญเสียปีสุขภาวะเพิ่มขึ้น (รูปที่ 2.9 และรูปที่ 2.10)

รูปที่ 2.9 จำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียของเพศชายตามกลุ่มอายุระหว่าง พ.ศ. 2542 และ 2547



รูปที่ 2.10 จำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียของเพศหญิงตามกลุ่มอายุระหว่าง พ.ศ. 2542 และ 2547



สาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะของเพศชายตามกลุ่มอายุ (ตารางที่ 2.6) พบว่า กลุ่มอายุ 0-14 ปีสูญเสียปีสุขภาวะลดลง และในปี พ.ศ. 2547 พบว่า การจมน้ำเป็นสาเหตุหนึ่งในสามของการสูญเสียถึง 0.4 ล้านปีสุขภาวะ กลุ่มอายุ 15-29 ปี สูญเสียปีสุขภาวะจากอุบัติเหตุเพิ่มขึ้นจาก 2.3 เป็น 2.7 ล้านปีสุขภาวะ ในขณะที่การสูญเสียปีสุขภาวะจากเอชไอวี/เอดส์ลดลงจาก 3.5 เป็น 1.7 ล้านปีสุขภาวะ สำหรับกลุ่มอายุ 30-59 ปี อุบัติเหตุเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะเพิ่มขึ้นจาก 2.2 เป็น 2.5 ล้านปีสุขภาวะ เอชไอวี/เอดส์สูญเสียปีสุขภาวะลดลงจาก 5.6 เป็น 4.4 ล้านปีสุขภาวะ และในพ.ศ. 2547 พบการสูญเสียปีสุขภาวะจากการเสพติดและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 1.8 ล้านปีสุขภาวะ ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่า การสูญเสียปีสุขภาวะเพิ่มขึ้นจากสาเหตุหลอดเลือดสมอง ภาวะถุงลมอุดกั้นเรื้อรัง และมะเร็งตับ

ตารางที่ 2.6 สาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะของเพศชายระหว่าง พ.ศ. 2542 และ 2547 จำแนกตามกลุ่มอายุ

สาเหตุ	2542 DALYs*	สาเหตุ	2547 DALYs*
อายุ 0-14 ปี		อายุ 0-14 ปี	
น้ำหนักแรกเกิดต่ำ	0.9	น้ำหนักแรกเกิดต่ำ	0.8
Birthtrauma/asphyxia	0.7	ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง	0.5
เอชไอวี/เอดส์	0.5	การจมน้ำ	0.4
อายุ 15-29 ปี		อายุ 15-29 ปี	
เอชไอวี/เอดส์	3.5	อุบัติเหตุ	2.7
อุบัติเหตุ	2.3	เอชไอวี/เอดส์	1.7
การเสพติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	1.0	Schizophrenia	0.7
อายุ 30-59 ปี		อายุ 30-59 ปี	
เอชไอวี/เอดส์	5.6	เอชไอวี/เอดส์	4.4
อุบัติเหตุ	2.2	อุบัติเหตุ	2.5
มะเร็งตับ	1.5	การเสพติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	1.8
อายุ 60 ปีขึ้นไป		อายุ 60 ปีขึ้นไป	
หลอดเลือดสมอง	1.5	หลอดเลือดสมอง	1.7
ภาวะถุงลมอุดกั้นเรื้อรัง	1.1	ภาวะถุงลมอุดกั้นเรื้อรัง	1.3
มะเร็งตับ	1.0	มะเร็งตับ	1.1

หมายเหตุ * หน่วยเป็นล้านปีสุขภาวะ

สาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะของเพศหญิงตามกลุ่มอายุ (ตารางที่ 2.7) พบว่า กลุ่มอายุ 0-14 ปี มีการสูญเสียปีสุขภาวะลดลง กลุ่มอายุ 15-29 ปีสูญเสียปีสุขภาวะจาก Schizophrenia เพิ่มขึ้นจาก 0.5 เป็น 0.7 ล้านปีสุขภาวะ และอุบัติเหตุเพิ่มขึ้นจาก 0.4 เป็น 0.5 ล้านปีสุขภาวะ ในขณะที่ เอชไอวี/เอดส์ลดลงจาก 1.7 เป็น 1.1 ล้านปีสุขภาวะ กลุ่มอายุ 30-59 ปีสูญเสียปีสุขภาวะเพิ่มขึ้นจากภาวะซึมเศร้า 1.0 เป็น 1.3 ล้านปีสุขภาวะ กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่า สาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะสามอันดับแรกมีการเปลี่ยนแปลง โดยในปี พ.ศ. 2542 ได้แก่ หลอดเลือดสมอง เบาหวาน และต่อกระຈก พ.ศ. 2547 ได้แก่ หลอดเลือดสมอง ภาวะถุงลมอุดกั้นเรื้อรัง และมะเร็งตับ

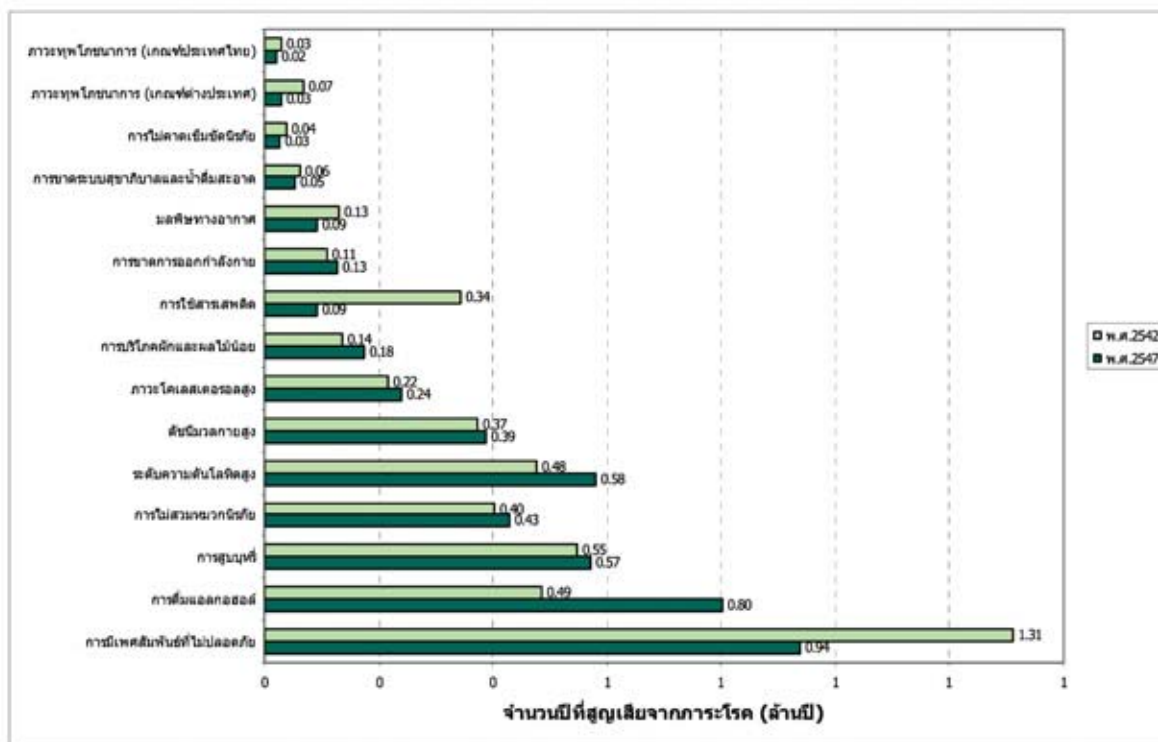
ตารางที่ 2.7 สาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะของเพศหญิงระหว่าง พ.ศ. 2542 และ 2547 จำแนกตามกลุ่มอายุ

สาเหตุ	2542 DALYs	สาเหตุ	2547 DALYs
อายุ 0-14 ปี		อายุ 0-14 ปี	
น้ำหนักแรกเกิดต่ำ	0.8	น้ำหนักแรกเกิดต่ำ	0.6
Birthtrauma/asphyxia	0.6	ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง	0.3
ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง	0.4	Congenital anomalies	0.3
อายุ 15-29 ปี		อายุ 15-29 ปี	
เอชไอวี/เอดส์	1.7	เอชไอวี/เอดส์	1.1
โรคจิตเภท (Schizophrenia)	0.5	โรคจิตเภท (Schizophrenia)	0.7
อุบัติเหตุ	0.4	อุบัติเหตุ	0.5
อายุ 30-59 ปี		อายุ 30-59 ปี	
เอชไอวี/เอดส์	1.6	เอชไอวี/เอดส์	1.6
เบาหวาน	1.2	ภาวะซึมเศร้า	1.3
ภาวะซึมเศร้า	1.0	เบาหวาน	1.2
อายุ 60 ปีขึ้นไป		อายุ 60 ปีขึ้นไป	
หลอดเลือดสมอง	2.0	หลอดเลือดสมอง	2.0
เบาหวาน	1.3	ภาวะถุงลมอุดกั้นเรื้อรัง	1.4
ต่อกระຈก	0.7	มะเร็งตับ	1.0

2.10 ปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทยระหว่าง พ.ศ. 2542 และ 2547

การสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทยระหว่าง พ.ศ. 2542 และ 2547 เพิ่มขึ้นจากปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ ระดับความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ การไม่สวมหมวกนิรภัยของผู้ใช้จักรยานยนต์ การมีดัชนีมวลกายสูง ภาวะคลอเรสเตอรอลสูง การบริโภคผักและผลไม้ไม่พอ และการขาดการออกกำลังกาย ซึ่งปัจจัยดังกล่าวส่วนใหญ่ส่งผลต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในประชากรไทย (รูปที่ 2.11)

รูปที่ 2.11 จำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียของประชากรไทยระหว่าง พ.ศ. 2542 และ 2547 จำแนกตามปัจจัยเสี่ยง



การสูญเสียปีสุขภาวะของเพศชายระหว่าง พ.ศ. 2542 และ พ.ศ. 2547 สูญเสียเพิ่มสูงขึ้นจากปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การไม่สวมหมวกนิรภัยของผู้ใช้จักรยานยนต์ ระดับความดันโลหิตสูง การมีดัชนีมวลกายสูง ภาวะคอเลสเตอรอลสูง การบริโภคผักและผลไม้ไม่พอ และมลพิษทางอากาศ

การสูญเสียปีสุขภาวะของเพศหญิงระหว่างพ.ศ. 2542 และ 2547 สูญเสียเพิ่มสูงขึ้นจากปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ระดับความดันโลหิตสูง การมีดัชนีมวลกายสูง ภาวะคอเลสเตอรอลสูง การไม่สวมหมวกนิรภัยของผู้ใช้จักรยานยนต์ การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การบริโภคผักและผลไม้ไม่พอ และการดื่มแอลกอฮอล์

2.11 โรคอุบัติใหม่ new emerging diseases ในแผนฯ 10

2.11.1 กรณีศึกษาการระบาดของโรค SARS

การระบาดของโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงที่ไม่ทราบสาเหตุ (Severe Acute Respiratory Syndromes, SARS) ในปี พ.ศ. 2546 การระบาดเริ่มจากวันที่ 12 มีนาคม 2546 โดยเริ่มจากฮ่องกง ฮานอย และสิงคโปร์ และได้แพร่ไปอย่างรวดเร็วภายในเวลาเพียง 1 เดือน จำนวนผู้ป่วยเพิ่มเป็น 3000 รายและเสียชีวิตมากกว่า 100 รายใน 20 ประเทศทั่วโลก โรคซาร์สยังเป็นโรคที่ไม่มีวัคซีนป้องกัน ไม่มียาที่ใช้รักษาโดยเฉพาะ การระบาดเริ่มช้าลงมากในเดือนมิถุนายนจนเรียกได้ว่าสถานการณ์สามารถอยู่ภายใต้การควบคุมได้ การลดลงของโรคไม่ได้เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติที่เชื่อจะลดความรุนแรงที่มักจะพบได้ในโรคเกิดใหม่ที่จะหยุดการระบาดไปได้เอง แต่เกิดจากความพยายามร่วมกันของรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขในทุกประเทศดำเนินมาตรการอย่างเข้มข้นทางด้านระบาดวิทยา (การเฝ้าระวังและการสอบสวนโรค) ด้านการติดตามผู้สัมผัส การกักกันผู้ป่วยและผู้สัมผัส และความร่วมมือจากประชาชน

โรคซาร์สเป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่มีความรุนแรงและมีความสามารถในการแพร่กระจายสูงมากไปทั่วโลก ทั้งนี้เพราะมีปัจจัยที่เหมาะสมหลายประการที่เกี่ยวข้องระหว่างโรคติดเชื้อกับความก้าวหน้าในระบบการคมนาคมในยุคโลกาภิวัตน์ โรคซาร์สมีผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจอย่างรุนแรง หากเปรียบเทียบกับข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกที่กระทรวงสาธารณสุขได้นำมาปรับปรุงเป็นแผนยุทธศาสตร์จะเห็นว่ากระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินการอย่างรวดเร็วทันต่อเหตุการณ์ซึ่งนับว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญรวมทั้งได้รับการสนับสนุนในการดำเนินการอย่างเต็มที่จากรัฐบาล บทเรียนจากการควบคุมโรคซาร์สของโลก มีหลายประการที่น่าสนใจ ได้แก่ ความสำคัญของการเตรียมความพร้อมในทุกๆด้าน ทั้งด้านระบาดวิทยา สถานพยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ การตัดสินใจอย่างรวดเร็วของรัฐบาลในการดำเนินการควบคุมโรค การดำเนินการทางระบาดวิทยาที่โปร่งใส ไม่ปิดบังข้อมูล ทำให้มาตรการควบคุมโรคเป็นไปอย่างถูกต้องทิศทาง ตรงจุดก่อนที่การระบาดจะลุกลามจนเกินความสามารถที่จะควบคุมได้

2.11.2 การระบาดของเชื้อไวรัสไข้หวัดนก

ไข้หวัดนก (Avian influenza หรือชื่อสามัญ bird flu) เป็นโรคที่เกิดจากไวรัสไข้หวัดใหญ่ชื่อ H5N1 ซึ่งพบได้ในสัตว์ปีก โรคนี้เคยระบาดอย่างหนักทั่วโลกมาแล้วเมื่อปี พ.ศ. 2460-2461 โดยเรียกว่า “ไข้หวัดใหญ่สเปน” (Spanish Flu) การระบาดเกิดขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2500-2501 เรียกว่า “ไข้หวัดใหญ่เอเชีย” (Asian Flu) และครั้งที่ 3 เกิดขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2511 เรียกว่า “ไข้หวัดใหญ่ฮ่องกง” (Hong Kong Flu) การระบาดแต่ละครั้งทำให้ผู้เสียชีวิตนับล้านคน สำหรับสถานการณ์การระบาดครั้งล่าสุด พบการระบาดของไข้หวัดนกในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และเอเชียแปซิฟิก ได้แก่ เวียดนาม จีน สิงคโปร์ อินโดนีเซีย และประเทศไทย การระบาดของไข้หวัดนกสร้างความเสียหายอย่างมากให้กับอุตสาหกรรมสัตว์ปีก สิ่งที่ทำให้เกิดความกังวล คือ การกลายพันธุ์ของเชื้อไวรัสซึ่งจะทำให้เกิดเชื้อไวรัสที่สามารถติดเชื้อมาจากคนสู่คน องค์การอนามัยโลกได้ทำการจำลองสถานการณ์ที่เกิดการระบาดของไวรัสไข้หวัดใหญ่นิวชนิดใหม่ในคนที่กลายมาจากไวรัสหวัดนกกว่าถ้าสถานการณ์ไม่ร้ายแรง จะมีคนตายทั่วโลก 2-7.4 ล้านคน มีคนป่วย 1,200 ล้านคน โดยในประเทศไทยคาดว่าจะมีคนป่วย 6-25 ล้านคน ตาย 2 หมื่น-3 ล้านคน

สำหรับการเตรียมการเพื่อรองรับการระบาดของเชื้อไข้หวัดนกประเทศต่างๆทั้งหลายต่างก็เตรียมสต็อกยาต้านไวรัสสำหรับใช้กับเชื้อตัวนี้ ซึ่งราคาแพงมาก ในเมืองไทยยาดังกล่าวราคาเม็ดละ 123 บาท ต้องใช้ 10 เม็ด/คน โดยประเทศไทยก็เตรียมสต็อกยานี้ไว้บางส่วน และองค์การเภสัชกรรมกำลังวิจัยเพื่อผลิตยานี้ ซึ่งจะทำให้ราคาถูกลง 5 เท่า บางประเทศก็เตรียมผลิตวัคซีนป้องกัน และพบว่าโรงงานผลิตวัคซีนไม่พอใช้ ปัจจุบันประเทศไทยไม่มีโรงงานผลิตวัคซีน แต่ก็ได้รับการสนับสนุนจาก WHO ในการจัดสร้างโรงงานผลิตวัคซีนไข้หวัดใหญ่และล่าสุด รัฐบาลไทยได้ตกลงความร่วมมือกับอินโดนีเซียอย่างใกล้ชิดในการป้องกันและควบคุมการระบาดของเชื้อไข้หวัดนกทั้งในกรอบทวิภาคีและในกรอบขององค์การอนามัยโลก โดยจะสนับสนุนให้ประเทศกำลังพัฒนาสามารถเข้าถึงวัคซีนในการป้องกันไข้หวัดนก การตั้งคลังสำรองยาในภูมิภาค การปรับปรุงเงื่อนไขเกี่ยวกับการแบ่งปันตัวอย่างไวรัส การแลกเปลี่ยนเทคโนโลยีในการผลิตวัคซีน และการปรับปรุงเครือข่ายการเฝ้าระวังไข้หวัดนกในระดับโลก

จากกรณีโรคระบาดใหม่ทั้งสองโรคนี้ มีความจำเป็นที่ประเทศไทยจะต้องให้ความสำคัญและลงทุนกับระบบการเฝ้าระวังโรค การมีมาตรการที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมโรคติดต่อ และการมีนักระบาดวิทยาที่มีคุณภาพอย่างเพียงพอ ภายใต้ระบบการบริหารจัดการที่มีการประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ

2.12 อภิปรายผลและสรุป

จากการทบทวนสถานการณ์การโรคและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพระหว่างปี พ.ศ. 2542 และ 2547 รวมทั้งการศึกษาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการโรคและปัจจัยเสี่ยงในช่วงระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา สามารถสรุปได้ว่าประเทศไทยกำลังประสบกับสภาพปัญหาการเพิ่มขึ้นของการโรคที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและพฤติกรรมทางสุขภาพเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะพฤติกรรมเสี่ยงที่เกิดจากการบริโภคสุราและยาสูบ อุบัติเหตุ การบริโภคอาหารที่มีแป้งและไขมันสูง มีการบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ รวมทั้งการขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม โดยมีสถานะเสี่ยงต่อการเกิดโรคทั้งในด้านการเพิ่มขึ้นของความชุกโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง อุบัติเหตุจราจร และภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน ในขณะเดียวกัน ปัญหาที่เกิดจากโรคติดต่อ โดยเฉพาะการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ภาวะทุพโภชนาการ และปัญหาด้านอนามัยแม่และเด็ก ก็ยังเป็นภาระโรคที่มีความสำคัญในประชากรบางกลุ่ม ซึ่งแม้ว่าสถานการณ์ของปัญหาการโรคเหล่านี้จะมีแนวโน้มดีขึ้น แต่ก็มีความจำเป็นในการดำเนินนโยบายเพื่อสร้างความเข้มแข็งสำหรับการป้องกันโรคและการสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการโรคเหล่านี้ต่อไป สิ่งที่มีความสำคัญอีกประการหนึ่ง คือ ความเพียงพอของทรัพยากรในการสนับสนุนและเสริมสร้างความเข้มแข็งของงานสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับการโรคและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่มีความสำคัญเร่งด่วนของประเทศไทยในปัจจุบัน

อย่างไรก็ตาม การศึกษาจำนวนหนึ่งที่อ้างอิงถึงในการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ มีข้อจำกัดในประเด็นเรื่องความครบถ้วนของข้อมูล และความลำเอียงของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ตัวอย่างเช่น กรณีการศึกษาโรคหัวใจและหลอดเลือดของพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทยซึ่งเป็นกลุ่มพนักงานรัฐวิสาหกิจที่มีรายได้สูงกว่าประชาชนโดยทั่วไปทำให้สถานการณ์ทางด้านระบาดวิทยาและการเจ็บป่วยของประชากรกลุ่มนี้อาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรไทยทั้งหมดได้ หรือการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชากรไทยทั้ง 3 ครั้งซึ่งดำเนินการโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ก็พบว่า มีความแตกต่างกันในวิธีการเก็บข้อมูล การสุ่มตัวอย่าง และการเปลี่ยนนิยามของการประเมินสถานะสุขภาพอนามัย ดังนั้นการแปลผลการศึกษาดังกล่าวจึงจำเป็นต้องดำเนินไปด้วยความระมัดระวัง นอกจากนี้ ข้อจำกัดของการใช้แนวคิดเรื่อง DALYs ซึ่งเน้นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและการเจ็บป่วยทางด้านกายภาพ อาจจะไม่สะท้อนนิยามคำว่า “สุขภาพ (health)” ขององค์การอนามัยโลกที่ค่อนข้างกว้างขวางและหมายรวมถึงการมีสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกายจิตใจ และสภาพสังคมโดยรวมโดยมิได้มีความหมายคับแคบเพียงการปลอดจากความเจ็บป่วยเพียงเท่านั้น ดังนั้นนิยามขององค์การอนามัยโลกดังต่อไปนี้

“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”

ดังนั้น การใช้ DALY loss เป็นตัวชี้วัดและประเมินภาระโรคจากการเจ็บป่วยทางกายภาพจึงอาจไม่สามารถสะท้อนภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของคนไทยอย่างรอบด้านได้ นอกจากนี้ ดังที่ได้กล่าวไปแล้วในหัวข้อเกริ่นนำ (หัวข้อ 2.1) ว่า DALYs มีข้อจำกัดในบางโรคที่มีอัตราการป่วยและการตายในระยะยาว เช่นโรคและความเจ็บป่วยที่เกิดจากการสูบบุหรี่ที่มีแนวโน้มการเป็นภาระโรคสูงเพิ่มมากขึ้นในขณะที่อัตราการความชุกของการสูบบุหรี่ลดลง ดังนั้น ภาระโรคที่เกิดจากการบริโภคยาสูบอันเป็นผลจากการสูบบุหรี่ของประชาชนกลุ่มหนึ่งในช่วงสิบถึงยี่สิบปีที่ผ่านมา ทำให้เกิดความเจ็บป่วยที่กลายเป็นภาระโรคที่เพิ่มขึ้นในปัจจุบัน ดังนั้น การใช้ DALYs จะไม่มีความไวเพียงพอในโรคและการเจ็บป่วยที่มี delayed effect ของปัจจัยหรือพฤติกรรมเสี่ยง

สำหรับประเด็นในเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคสุราและยาสูบของประชาชนไทยนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ได้ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องและพบว่าระดับการศึกษาและเศรษฐกิจเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมการบริโภคสุราและยาสูบ อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวมีความแตกต่างจากการศึกษาของวิชัย โปษยะจินดาและคณะที่ดำเนินการศึกษาในจังหวัดลพบุรีทั้งนี้อาจเนื่องจากความจำเพาะของสภาพสังคมและวัฒนธรรมในจังหวัดลพบุรี รวมทั้งความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

นอกจากนี้ การศึกษาครั้งนี้เป็นการทบทวน การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจ ซึ่งเป็นการพิจารณาจากแนวโน้มในอดีตเป็นสำคัญ อันอาจมีผลให้โรคอุบัติใหม่ (emerging disease) ที่จะมีระดับความสำคัญในระยะ 5-10 ปีข้างหน้าไม่ได้ถูกพิจารณา อย่างไรก็ตาม คณะทำงานได้คำนึงเรื่อง โรคอุบัติใหม่ จึงได้มีการศึกษาสถานการณ์ของโรคระบาดที่เกิดขึ้นใหม่เช่น SARS และ Avian Flu ทำให้พบว่ามีความจำเป็นที่ประเทศไทยจะต้องให้ความสำคัญและลงทุนกับระบบการเฝ้าระวังโรค การมีมาตรการที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมโรคติดต่อ การมีห้องปฏิบัติการที่เพียงพอและทันสมัย การมีผู้เชี่ยวชาญและนักระบาดวิทยาที่มีคุณภาพอย่างเพียงพอภายใต้ระบบการบริหารจัดการที่มีการประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ

References

5. Murray CJL and Lopez AD. The Global Burden of Disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge: Harvard University Press; 1996.
6. World Health Organization. Global Burden of Disease Estimates. Geneva: World Health Organization; 2007.
7. World Health Organization. The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization; 2002.
8. Jamison DT, Mosley WH. Disease control priorities in developing countries: health policy responses to epidemiological change. Am J Public Health 1991; 81(1): 15-22.
9. World Health Organization. Preventing chronic diseases: A vital investment: WHO global report. Geneva: World Health Organization; 2005.
10. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. การสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย พ.ศ. 2546-2547. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2547.
11. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการของครัวเรือนไทย พ.ศ. 2548. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร; 2548.
12. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร พ.ศ. 2548-2549. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร; 2548.
13. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคติดต่อ. การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2547. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2547.
14. Sritara P, Cheepudomwit S, Chapman N, Woodward M, Kositchaiwat C, et al. Twelve-year changes in vascular risk factors and their associations with mortality in a cohort of 3499 Thais: the Electricity Generating Authority of Thailand Study. International Journal of Epidemiology 2003; 32: 461-8.
15. The Thai Working Group on Burden of Disease and Injuries. Burden of Disease and Injuries in Thailand: Priority Setting for Policy. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2002.
16. คณะทำงานการโรคและการบาดเจ็บที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง. การโรคและปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทย พ.ศ. 2542. นนทบุรี: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; 2547.
17. กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. โครงการศึกษาการโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย ปี 2547. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข; 2550.